

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

49

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean BAURENS

Né le 15 août 1903, à Valence-sur-Baïse (Gers.)

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

**Chirurgie conservatrice
dans les affections salpingiennes
et dans les fibromes utérins**

Président : M. CUNÉO, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean BAURENS

Né le 15 août 1903, à Valence-sur-Baïse (Gers)

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Chirurgie conservatrice
dans les affections salpingiennes
et dans les fibromes utérins

Président : M. CUNÉO, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

DOYEN... M. ROGER.
I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	{ CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques!	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	{ DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique!	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie!	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	{ BRANCA. MAUGLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
 BROcq. Pathologie chirurgicale
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT. . . . Pathologie chirurgicale
 CATHALA. . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. Physique.
 DONZELOT. . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GARNIER. . . . Pathologie expérimentale
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER. . . Pathologie chirurgicale
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.
 JOYEUX Parasitologie.

MM.

LABBE (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX Anatomie pathologique
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 LIAN Pathologie médicale.
 MERCIER (F.) . Pharmacologie.
 MONDOR. Pathologie chirurgicale
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale.
 MULON. Histologie.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale
 RICHET. Physiologie.
 SÉZARY. Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE. Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALGLAVE. . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. . Clinique médicale.
LE LORIER . . Clinique obstétricale.

MM.
LÉRI Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
PROUST. . . . Clinique chirurgicale
SCHWARTZ . . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY. Stomatologie.
CHAILLEY-BERT. Education physique
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ. Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Je dédie ce travail, témoignage
de mon affection et de ma reconnaissance.*

A M. LE DOCTEUR DESMAREST

Professeur agrégé à la Faculté.

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse, avec nos sentiments de
vive gratitude pour l'appui et les
conseils qu'il nous a largement
donnés.*

Chirurgie conservatrice dans les affections salpingiennes et dans les fibromes utérins

INTRODUCTION

L'ablation de l'utérus et des annexes est devenue au cours de ces trente dernières années, une opération bénigne. La technique de l'hystérectomie a été si parfaitement réglée qu'on est en droit de la considérer comme définitive et tout aurait été dit sur cette question s'il ne s'y attachait un intérêt physiologique lié à la suppression de la fonction ovarienne. La ménopause artificielle qu'entraîne la castration bilatérale chez une femme détermine des troubles qui n'ont jamais échappé à l'observation des chirurgiens et qui à l'heure actuelle méritent encore toute l'attention pour qui veut juger sans parti pris les résultats de l'hystérectomie.

C'est que nous ne sommes plus aux temps si proches et cependant si lointains où l'on sacrifiait tous les ovaires à petits kystes. Les chirurgiens oublièrent pendant longtemps qu'en matière d'organes, les lois physiologiques imposaient à leur art des limites. Ils ne virent pas, au début, ou ne vou-

lurent pas voir que pour soulager des douleurs pelviennes, pour lutter contre les inflammations subaiguës ou chroniques des annexes, pour supprimer un fibrome gênant, ils créaient une série de troubles et substituaient un déséquilibre physique général aux désordres locaux.

Cependant peu à peu l'idée s'imposa que l'étude des accidents dus à la ménopause chirurgicale montrait avec plus d'évidence l'inutilité de la castration dans les ovaires scléro kystiques, et il n'est plus aujourd'hui un chirurgien vraiment réfléchi qui puisse accepter de sacrifier totalement même un seul de ces ovaires bourrés de petits kystes, à l'espoir très problématique de voir disparaître les douleurs pelviennes rarement influencées par cette mutilation inutile.

Si l'accord s'est fait vite pour l'ovarite scléro kystique la question est encore controversée pour les cas d'hystérectomie pour fibromes et pour salpingites chroniques. Ici, la lésion paraît à beaucoup assez importante pour justifier l'ablation des trompes et des ovaires. Cependant les troubles observés sont parfois d'une telle sévérité que certains chirurgiens proposent de laisser en place un ovaire sain pour parer aux accidents de ménopause artificielle brutalement provoquée. Il semble logique, en effet, de garder un ovaire capable par son fonctionnement de fournir au milieu interne les substances élaborées par lui et indispensables au bon équilibre de l'organisme.

Cependant on observe, et de nombreux travaux en

font foi, que nous ne pouvons pas citer ici que ces ovaires laissés en place, après un temps variable, subissent une sorte de dégénérescence kystique, deviennent douloureux et perdent leur valeur fonctionnelle. Force est donc au chirurgien hanté par l'idée de la conservation, de réintervenir et d'aboutir après un temps variable en faisant courir à sa malade le risque et le choc moral d'une seconde intervention, à des troubles ménopausiques qu'il aurait voulu lui éviter.

C'est alors que Tuffier avec d'autres chirurgiens défendit les greffes ovariennes. L'ovaire sain était greffé sous le muscle grand droit dans l'espace sous péritonéal où il était facile, en cas d'altération de l'organe, d'en pratiquer l'ablation sous anesthésie locale. On se rappelle comment avant 1914 Mauclore, dans le but d'assurer la nutrition de l'ovaire laissé en place anastomosa les vaisseaux de la glande aux vaisseaux de la paroi. Malgré les efforts tentés pour donner à cette intervention toute chance de succès, il ne semble pas que le résultat des greffes aient été assez heureux pour qu'on puisse y recourir avec avantage. M. Desmarest qui a lui-même tenté quelques greffes ovariennes suivant la méthode de Tuffier, n'en a obtenu aucun résultat. Physiologiquement la question de la ménopause artificielle n'ayant pas bénéficié des greffes reste donc entière.

C'est pour essayer de revenir sur cette importante étude de la ménopause post-opératoire, d'ap-

porter une modeste contribution personnelle, en émettant quelques-unes des idées basées sur l'observation des malades revues après hystérectomies pour fibromes utérins et salpingites chroniques et de tenter d'en dégager quelques principes d'application courante, que nous avons entrepris ce court travail.

CHAPITRE PREMIER

LA MÉNOPAUSE PROVOQUÉE

Au Congrès de chirurgie de 1926 (1), dans leur rapport sur la chirurgie conservatrice, MM. de Rouville et Mocquot, résumant l'opinion des chirurgiens et d'accord avec eux s'exprimaient ainsi :

« Les accidents de la ménopause artificielle dont l'importance varie d'ailleurs avec l'âge des malades, leur état organique, leur état nerveux antérieur et l'intensité de leurs lésions sont, *dans l'immense majorité des cas*, cause de gêne et d'ennuis temporaires et n'entravent sérieusement que d'une façon exceptionnelle la vie normale des opérées. Mais nous admettons tous leur constance. Réduits à ce que l'on voudra, ces troubles existent. »

Ce résumé mériterait d'être étudié point par point. C'est ainsi que l'âge des malades n'est pas en soi un facteur qui commande d'une façon constante, comme on serait tenté de le croire, la gravité plus ou moins grande des accidents après la mutilation opératoire. Parmi les malades revues par nous certaines femmes jeunes nous ont paru avoir supporté relativement mieux l'ablation des ovaires que

1. Comptes rendus, p. 284.

d'autres femmes opérées près de la quarantaine.

L'intensité des lésions ne nous a pas semblé limiter les dommages subis par l'organisme du fait de la suppression des annexes. Au cours des hystérectomies pour salpingite, seules lésions qui pourraient par leur intensité servir de base aux conclusions des rapporteurs, il est souvent donné au chirurgien de constater qu'à côté des trompes très malades les ovaires ont gardé leur aspect extérieur normal. Sans doute ils sont souvent englobés dans des adhérences qui les masquent : le pavillon de la trompe élargi, épaissi, appliqué sur l'ovaire se confond avec lui et le doigt qui décolle contre la paroi pelvienne, une extrémité tubaire fortement fixée énuclée souvent avec la trompe malade, un ovaire sain. L'examen histologique de ces ovaires montre une intégrité parfaite des tissus nobles enfermés dans une albuginée épaissie. C'est un point sur lequel nous reviendrons en étudiant les conclusions que comportent les observations faites par nous.

Il reste à retenir dans l'énoncé de MM. de Rouville et Mocquot deux points de réelle valeur : *l'état organique* des malades d'une part et *leur état nerveux antérieur*. Nous les soulignons à dessein car ils nous paraissent essentiels pour l'avenir des hystérectomisées. Cela nous conduira à une conclusion capitale que nous ne faisons que mentionner en passant : c'est qu'aucun chirurgien ne devrait à l'heure actuelle envisager une opération mutilante sur les organes génitaux pelviens de la femme sans avoir fait étu-

dier à fond l'organisme sur lequel portera son traumatisme. Le fait essentiel, le voici : enlever les ovaires d'une femme quel que soit son âge, quelles que soient les lésions auxquelles on s'attaque, c'est déterminer une telle rupture dans l'équilibre organique qu'on serait en droit de dire que c'est une autre femme qui risque de naître de l'acte opératoire. Nous essaierons dans un chapitre prochain de montrer le bien fondé de notre opinion.

Mais déjà si l'on admet (et les malades revues et entendues par nous en sont la preuve) qu'une mutilation opératoire peut entraîner de telles conséquences, il ne faut pas, comme les rapporteurs du Congrès de 1926, envisager avec un optimisme aussi grand que le leur, la question des troubles post-opératoires.

Et il nous paraît difficile de nous en tenir « à cette simple gêne et à ces ennuis temporaires qui n'entravent que d'une façon exceptionnelle la vie normale des opérées ». Si l'on entend par là que les malades ne gardent pas le lit, quelles vont et viennent, vaquant à leurs occupations ordinaires, soit ; mais nous le répétons c'est un autre être qui maintenant se déplace : physiquement et moralement, c'est un être dont les réactions sont troublées et dont les souffrances, pour ne pas rentrer dans un cadre nosologique déterminé sont cependant considérables ; que de drames de la vie conjugale, que de douleurs morales ont eu pour base une hystérectomie au cours de laquelle deux ovaires ont été sacri-

fiés en quelques minutes !! Pour en faire le bilan, il faudrait que les chirurgiens consentissent à revoir leurs opérées et sortant de leur domaine pour entrer dans celui de la psychiatrie, à étudier les résultats éloignés de leur acte chirurgical. Quelles sont donc ces perturbations qui sont étudiées rapidement dans tous les livres ?

On peut et doit les grouper en deux grands syndromes :

Le premier comprend pour nous toutes les opérées qui : dès les premiers mois, après une hystérectomie commencent à prendre du poids et dont l'aspect extérieur va tendre à rappeler le type adiposo-génital des infantiles.

Le second comprend pour nous l'ensemble des opérées qui dans les mois qui suivent une hystérectomie, perdent du poids mais présentent concomitamment un ensemble de troubles qui rappellent ceux des basedowiens. M. Desmarest avait l'habitude de nous les présenter comme de faux basedow.

Sans vouloir pousser à l'excès ce double type clinique dont les symptômes se trouvent associés dans certain nombre de cas intermédiaires, nous n'avons pas pu nous empêcher de les opposer l'un à l'autre, après avoir étudié et revu un certain nombre des dernières opérées de M. Desmarest.

A la première catégorie appartiennent des femmes qui avaient une apparence de seconde jeunesse avant l'opération d'un fibrome et qu'on retrouve très nettement vieillies. L'adiposité peut aller comme

chez une des opérées revue par nous (opération datant de 10 années) jusqu'à l'obésité et cette malade avait rapidement après sa castration noté une augmentation progressive de poids qui atteignit 26 kilogrammes, soit 52 livres.

La tendance à l'obésité a pour conséquence inévitable un ralentissement dans les manifestations extérieures de la vie. L'opérée est inapte à tout travail de longue haleine, et répugne à l'effort. Dans le domaine psychique, ce sont également des lenteurs dans la compréhension, des troubles de mémoires et une incapacité au travail soutenu, tous phénomènes subjectifs qu'il faut découvrir par l'interrogation.

En un mot, les signes sont ceux d'un ralentissement organique se manifestant dans tous les domaines ; une apathie physique, intellectuelle et morale même.

A la seconde catégorie appartiennent les femmes qui présentent soit des signes d'un basedow fruste, soit quelques signes qui appartiennent en propre au basedow vrai. Il n'y a pas de doute que l'ablation des ovaires n'entraîne immédiatement une répercussion sur la glande thyroïde, qui pour n'être pour ainsi dire jamais apparente n'en existe pas moins. Une observation que nous pouvons rapporter ici à la valeur d'une expérience : une femme de 37 ans est confiée au Dr Desmarest par le Professeur Harvier à l'hospice de Bicêtre, cette femme présente tous les signes d'un fibrome qui saigne et dont l'ablation s'impose. Elle est en outre, porteuse d'un

petit adénome du corps thyroïde tout à fait bien supporté et qui n'a jamais déterminé le moindre trouble. Avant l'opération, le pouls est régulier, aucune tendance aux palpitations, pas de tremblements. Aucun symptôme n'est relevé qui attire l'attention et tout en disant à la malade qu'il faudra la débarrasser plus tard de cette petite tumeur thyroïdienne le Dr Desmarest ne s'arrête pas plus longtemps à ce détail qui lui semble secondaire.

L'opération est pratiquée le 10 mai 1924. Une hystérectomie banale sus isthmique avec appendicectomie complémentaire permet d'enlever un fibrome du volume d'un petit melon.

Les suites opératoires sont des plus simples, mais dans un délai de 25 jours apparaissent et se précisent les symptômes d'un basedow. Le noyau thyroïdien augmente de volume. Les palpitations apparaissent, le tremblement s'installe avec ses caractères propres. Sueurs et diarrhée sont notées dans l'observation recueillie avec soin. Il ne manque que l'exophtalmie pour que le syndrome soit au complet.

Devant l'évolution progressivement croissante des accidents on se décide à enlever l'adénome thyroïdien qui semble être la base des accidents, dont le développement rappelle certaines observations de goître secondairement basedowien qui ont été signalées. Le résultat de la seconde intervention permet de voir régresser les accidents d'une façon très sensible.

Cette observation nous semble démonstrative des modifications qui entraîne dans le fonctionnement normal d'une glande thyroïde la castration bilatérale chez les femmes. Cette crise hyperthyroïdienne à laquelle beaucoup d'opérées n'échappent pas s'est inscrite dans notre cas sur l'adénome thyroïdien jouant ici le rôle de témoin.

Étudions avec soin chacune de nos hystérectomisées et nous retrouverons cette tendance aux palpitations avec crises d'accélération du pouls et du cœur qui sont pour elles une véritable souffrance. Nous pourrions également noter souvent une sorte de tremblement menu tantôt net et tantôt passager. Les transpirations abondantes des ovariectomisées soit à l'état de veille, soit pendant la nuit sont trop connues pour que nous insistions sur ce grand symptôme que complète parfois l'apparition de crises plus ou moins transitoires de diarrhée.

Enfin il est juste de souligner un symptôme essentiel qui prend ici une plus grande valeur encore : l'amaigrissement. Il y aurait une étude très intéressante à poursuivre chez les ovariectomisées : celle du métabolisme basal. Elle éclairerait un des points essentiels de la question et permettrait de noter sur les courbes l'importance du changement produit sur les échanges par l'ablation des ovaires, c'est une étude que M. Desmarest est actuellement sur le point d'entreprendre. Il pense en effet que l'étude du métabolisme basal servirait également à d'autres fins. Chez toute femme qui présenterait un

métabolisme au-dessus de la normale, l'ablation des ovaires devrait être considérée comme contraindiquée. Ce dérèglement dans la fonction de la glande thyroïde dont nous avons noté les principales manifestations doit s'étendre aux autres glandes vasculaires sanguines. C'est ainsi qu'en février 1928, Mignot (1) attira l'attention des médecins sur une des manifestations de l'anovarie : *l'hypertension artérielle* qu'il considère comme fréquente après l'ablation des ovaires. Cette hypertension serait selon lui dangereuse quant à ses complications et rebelle quant à son traitement. C'est un point sur lequel nous ne pouvons pas apporter de précisions car nos observations ne sont pas assez nombreuses pour que nous en puissions tirer une conclusion qui confirme ou infirme celle de Mignot. Mais, *a priori*, il nous apparaît que l'hyperfonctionnement de la surrénale peut contribuer à ce vieillissement rapide dont nous avons noté l'existence chez beaucoup de nos opérées.

Nous avons laissé de côté les troubles sympathiques vaso-moteurs qui ne font jamais défaut, bouffées de chaleur survenant brusquement s'accompagnant d'une sensation de malaise plus ou moins prononcée et se marquant sur le visage, le cou et les parties découvertes du dos et du thorax par l'apparition d'une large plaque rouge ou d'une série de placards d'un rose vif. Ces crises se répètent chez certaines femmes, toutes les cinq, toutes

1. Mignot, l'Hôpital, fév. 1928.

les dix minutes et les incommode au plus haut point. Elles s'accompagnent souvent d'une sensation de vertige telle que certaines de nos opérées furent de longs mois obligées de sortir accompagnées par quelqu'un des leurs, tant elles craignaient de se trouver subitement mal dans la rue.

Chez certaines ovariectomisées, il existait un balancement entre ces manifestations cutanées et l'apparition de migraines insupportables et cédant mal aux médications ordinaires. Chez d'autres nous avons noté des crises d'algies diverses et étranges, portant même sur des organes et allant jusqu'à simuler une affection vésiculaire ou vésicale.

Tous ces troubles sont sans aucun doute, liés à une souffrance du système sympathique et les perturbations notées du côté des glandes endocrines et du grand système sympathique tendant à prouver que le système régulateur du sympathique est tout entier sous la dépendance de la synergie fonctionnelle des glandes vasculaires sanguines. L'équilibre une fois rompu par la suppression brutale des ovaires ne sera plus jamais le même. L'organisme pendant des mois et des années travaillera à rétablir cet équilibre, à lutter contre une instabilité organique, parfois sans y parvenir et s'il y parvient ce ne sera plus le même être physique mais un être nouveau qui succèdera à celui dont la physionomie organique, si l'on veut nous permettre cette appellation incorrecte, a été détruite par une opération mutilante.

Dès lors, rien de surprenant à ce que nous rencontrions chez nos opérées, des modifications dans le caractère, des troubles de psychisme. Toutes nos opérées ont présenté de la nervosité, de l'irritabilité, une instabilité dans l'humeur allant jusqu'à l'hypochondrie. L'une d'entre elles, a pu pendant six mois présenter de tels accidents que son entourage la considérait presque comme une démente et qu'elle nous déclarait elle-même avoir été six mois au moins dans l'impossibilité de se contrôler. Certaines femmes se rendent un compte exact de leur état nerveux et déclarent « que leur société est impossible » suivant l'expression de l'une d'elles.

Ces troubles importants que nous avons fait que résumer nous ont paru (et c'est ici M. Desmarest qui nous l'affirme) assez importants et assez fréquents pour que la question mérite d'arrêter l'attention des chirurgiens qui d'un geste un peu brutal vont déterminer de tels accidents.

Cette question a certainement hanté l'esprit de nombreux chirurgiens et a conduit à une chirurgie plus conservatrice. Nous voulons rapidement en étudier les étapes et montrer que selon nous, il est indispensable d'aller plus loin dans ce sens que ce qui a été fait jusqu'alors.

CHAPITRE II

RÉSULTATS OBTENUS DANS LES DIFFÉRENTES TENTATIVES FAITES POUR RALLIER AUX INCONVÉNIENTS DE LA MÉNOPAUSE ARTIFICIELLE

Nous avons dit que les greffes ovariennes en apparences logiques n'avaient pas donné des résultats intéressants.

Nous avons signalé au début de notre travail les tentatives faites par de nombreux chirurgiens, de laisser un ovaire en place pour parer aux accidents d'insuffisance ovarienne et nous avons noté que cette technique à laquelle certains chirurgiens étaient restés fides, avait été considérée par d'autres comme imparfaite. L'ovaire laissé en place subirait à plus ou moins longue échéance une dégénérescence scléro-kystique. Devenu douloureux de ce fait, l'ovaire devrait être enlevé secondairement et cette pratique n'aurait eu pour effet que de retarder l'apparition des accidents d'anovarie.

Il nous faut insister plus longuement sur cette question de la conservation d'un ovaire sain, au cours d'une hystérectomie, car elle mérite d'être mise au point. Si l'on en croit MM. de Rouville et

Mocquot (1), la conservation d'un ovaire ne présente aucun intérêt thérapeutique. Nous versons au débat sept observations de malades chez lesquelles un ovaire a été conservé. Le chiffre est modeste, mais les opérées ont été revues par nous et la valeur de nos observations tient à l'exactitude des faits :

OBSERVATION I

Malade âgée de 37 ans ayant avant l'intervention un état général médiocre avec douleurs vagues dans les membres, migraines très fréquentes, nervosisme permanent (entérocolite).

Opérée en 1917 pour un fibrome. A la demande de la malade un ovaire est laissé en place.

Les troubles signalés plus haut persistent et au dire de la malade se sont légèrement accentués. Mais il est à noter que *n'apparaît aucun trouble vaso-moteur. Pas de bouffées de chaleur. Le poulx reste stationnaire.*

Les règles apparaissent à peu près tous les mois, durent 2 ou 3 jours.

En 1925 : soit 8 ans après la première intervention, la malade qui n'a jamais souffert du ventre, commence à se plaindre de pesanteurs et de douleurs progressivement croissantes.

A l'examen (Dr Desmarest) masse pelvienne latérale gauche du volume d'une pomme, douloureuse.

A l'opération (Dr Desmarest) très gros ovaire kystique encore en rapport avec l'extrémité de la trompe laissée en place.

1. Congrès chirurgical, 1926, p. 312.

Examen histologique : ovaire composé d'éléments anatomiques parfaitement conservés.

Dès la guérison, la malade se plaint de troubles vasomoteurs très prononcés, bouffées de chaleur, sueurs profuses ; insomnies, 18 mois après l'opération, les mêmes troubles persistent. Le poids de la malade a augmenté de 7 kilos. Tension artérielle 16-10 (Vaquez).

OBSERVATION II

G..., 39 ans.

Hystérectomie en 1920 pour fibrome et salpingite bilatérale. Le chirurgien a laissé en place un fragment d'ovaire gauche volontairement ou involontairement (?).

Pendant près de deux ans l'opérée n'accuse à aucun moment : ni bouffées de chaleur, ni sueurs, aucune modification dans l'état psychique. Pas de nervosisme, pas d'insomnies ; le pouls reste le même. Bref l'opération n'a entraîné aucune modification dans l'organisme dont l'équilibre paraît n'avoir pas été troublé (une fois par mois, par le vagin une petite perte de sang rouge).

Mais rapidement après l'intervention, la malade commence à souffrir du ventre. Pesanteurs douloureuses du côté gauche. Examinée en mai 1922 par le Dr Desmarest, elle présente dans le cul-de-sac gauche, une masse du volume d'une petite mandarine fixe et douloureuse.

Opération en juin 1922 (Dr Desmarest). Ablation d'une poche hématique paraissant développée aux dépens d'un fragment d'ovaire.

Examen histologique : sur la coupe, un follicule de Graaf en évolution physiologique.

La malade quitte le service 15 jours après l'opération et nous ne l'avons revue qu'en 1929. Elle nous dit n'avoir plus jamais souffert du ventre. Mais aussitôt après son départ de l'hôpital, elle a accusé des troubles vaso-moteurs très marqués : bouffées de chaleur et sueurs abondantes, migraines très fréquentes, insomnies, modifications psychiques très prononcées : nervosité, irritabilité, tendance à l'hypochondrie, grande diminution de la mémoire. Le poids n'a pas sensiblement varié. Tension artérielle 13-18 1/2.

OBSERVATION III

B..., 40 ans.

En 1925. — Hystérectomie totale pour fibrome. Le chirurgien laisse intentionnellement à droite un fragment d'ovaire.

Suites opératoires excellentes. Aucun trouble anormal. La santé reste parfaite. Tous les mois à la date présumée des règles, légères migraines, un peu d'irritabilité passagère, durant 2 ou 3 jours. Ces troubles sont exactement ceux que la malade ressentait chaque mois à l'époque des règles.

En juillet 1927, apparaissent quelques douleurs dans la fosse iliaque droite et une augmentation de l'abdomen qui va se développant.

En février 1928, à l'examen : dans la fosse iliaque droite masse du volume d'une orange qu'on enlève opératoirement.

Examen histologique : ovaire dont les éléments anatomiques sont conservés.

Revue 6 mois après en excellent état mais se plaignant de phénomènes vaso-moteurs : bouffées de chaleur, insomnies.

OBSERVATION IV

H..., 32 ans.

Opérée le 20 août 1926 pour salpingite. Hystérectomie sub-totale. Ablation des annexes droites. Conservation des annexes gauches.

Un mois après l'opération, douleurs dans la région lombaire, pesanteurs.

En février 1928, les douleurs apparaissent par crise dans la fosse iliaque gauche. Au toucher grosse masse irrégulière, douloureuse à la pression.

Opération en juillet 1928. Masse du volume d'une orange, très adhérente en bas et en dehors. L'uretère adhérent à la tumeur est blessé au cours de l'opération. Une néphrectomie secondaire sera faite en avril 1929.

Pas d'examen histologique.

Un mois après cette seconde opération, la malade se plaint de bouffées de chaleur, de sueurs, froides, abondantes ; céphalées, migraines. En même temps modification du psychisme : irritabilité ; asthénie, hypochondrie, insomnies, amaigrissement progressif.

Ces troubles persistent depuis une année et sont plus accentués tous les mois pendant 2 ou 3 jours qui paraissent répondre à l'époque présumée des règles.

OBSERVATION V

Louise M..., 47 ans.

Opérée en mars 1928. Hystérectomie totale pour fibrome, l'ovaire droit est laissé en place.

Un mois après l'opération, quelques rares bouffées de chaleur et quelques maux de tête passagers.

Revue en juillet 1929. Excellent état général. Rien de spécial à signaler sauf une légère irritabilité. T. art. 18-10.

A l'examen : ovaire perceptible dans le cul-de-sac droit, non douloureux à la pression.

OBSERVATION VI

S..., 22 ans.

Opérée le 23 janvier 1928 pour salpingite bilatérale. L'ovaire gauche est laissé en place au cours d'une hystérectomie. Suites normales. Revue en juillet 1929. Etat général excellent. N'a à aucun moment accusé le moindre phénomène vaso-moteur. En un mot l'organisme a gardé un équilibre parfait. T. art. 7-12 1/2 (Vaquez). Ovaire un peu sensible à la palpation mais de volume normal.

OBSERVATION VII

B..., 26 ans.

Hystérectomie totale pour salpingite (février 1928).

L'ovaire droit a été laissé en place. Suites normales.

Revue en juillet 1929. N'accuse aucun trouble vaso-moteur.

L'équilibre organique est resté normal. Poids normal. T. art. 13 1/2-7 1/2 (Vaquez). Au toucher : ovaire mobile, de volume normal, douloureux à la pression.

Deux faits se dégagent de ces observations :

1° La conservation d'un ovaire au cours d'une hystérectomie évite totalement les troubles dus à l'anovarie.

2° L'ovaire conservé subit après un temps plus ou moins long une augmentation de volume due à une dégénérescence scléro-kystique. Des douleurs apparaissent qui commandent une intervention secondaire. Nous ajoutons que ces ovaires se montrent histologiquement sains, on y retrouve des follicules de Graaf en évolution et une structure normale. C'est donc seulement par son volume progressivement croissant que l'organe devient insupportable à la malade. En fait tout se passe ici comme dans l'ovarite scléro-kystique.

On ne peut pas écrire que la femme n'a pas bénéficié de cette thérapeutique conservatrice. Notre première observation montre en effet que pendant sept années, le résultat a été favorable. Toutefois la menace d'une dégénérescence sléro-kystique à plus ou moins brève échéance, en moyenne après deux ou trois ans, est impressionnante et l'on comprend que les chirurgiens répugnent à une technique qui ne leur permet pas de mettre leurs opérées à l'abri d'une seconde intervention qu'elles ne manquent pas de leur reprocher.

Il importe donc de chercher quel peut être la cause de cette transformation scléro-kystique de l'ovaire laissé en place. Une observation du Dr Desmarest rapportée par son ancien interne Ferey de Saint-Malo mérite d'être à nouveau consignée par nous.

Sur une femme qu'il opérât pour une rétroversion

1. *Gazette médicale de France*, janvier 1929, p. 703.

adhérente, le D^r Desmarest se met en devoir de pratiquer une hystérectomie. Le pédicule utéro-ovarien gauche ayant été lié, il s'aperçut qu'une chirurgie conservatrice s'imposait, la malade qu'il pensait âgée de plus de 40 ans, n'ayant en réalité qu'à peine 30 ans. Il se décida à libérer l'utérus et à fixer l'organe par une simple ligamentopexie. Tout se passa le plus simplement du monde mais quelques mois après, la malade revenait souffrant du ventre et l'on constatait l'existence d'une masse ovarienne douloureuse que l'opération montra être un ovaire scléro-kystique du volume d'une petite mandarine qu'il fallut enlever. Cet ovaire était précisément l'ovaire du côté où la ligature avait enserré le pédicule utéro-ovarien.

Se basant sur ce fait, Férey conclut que la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire laissée en place tient à ce que l'irrigation et l'innervation de l'organe sont du fait de l'opération tout à fait insuffisantes. Il importe donc de garantir à cet organe une irrigation et une innervation aussi voisines que possible de la normale pour être à l'abri de toute altération secondaire. Férey est comme son beau-père le Docteur Pages de Saint-Malo, un partisan convaincu de la conservation ovarienne. Dans son article qui est basé sur l'étude de 63 opérées, Férey affirme que le résultat fut excellent dans 67 % des cas, (nul ou peu intéressant dans 33 % seulement des cas).

Analysant les échecs, Férey se propose pour parer aux troubles circulatoires de conserver l'ovaire et la

trompe. « Que se passe-t-il en effet, dit-il, lorsqu'on veut enlever la trompe et garder seulement l'ovaire? On coupe trop près de l'ovaire. On coupe et on lie une branche importante de l'artère utéro-ovarienne. L'ovaire privé d'une partie de ses vaisseaux devient douloureux et tend à devenir scléro-kystique. La circulation veineuse est également modifiée. Quant à l'innervation, elle est certainement troublée, il est difficile de ne pas enserrer dans la ligature les filets nerveux sympathiques de l'ovaire. En gardant la trompe, on blesserait au minimum les vaisseaux artériels et veineux et les filets nerveux. C'est donc toute la question de la suppléance par les anastomoses qui se trouve posée.

De plus, si la technique de Ferey peut être défendue dans les hystérectomies pour fibromes, elle nous paraît sans valeur dans les opérations pour salpingite où l'opérateur est forcé de sacrifier les deux trompes même s'il s'efforce de conserver les ovaires. Et là une question se pose immédiatement à l'esprit. Est-ce que toutes les fois qu'une trompe est enlevée d'un côté avec conservation de l'ovaire, cet ovaire subit cette dégénérescence scléro-kystique à laquelle il ne saurait échapper puisque les vaisseaux venant de l'artère utérine ont été liés? Nous n'ignorons pas que les partisans de la conservation de la trompe et de l'ovaire objecteront, non sans raison, que dans ces cas, l'utérus restant en place, il peut et doit partir de la partie verticale de l'artère utérine dans son trajet vers l'angle du

corps utérin, des tranches accessoires allant à la trompe et à l'ovaire ; qui se trouvent sacrifiés quand le corps utérin est enlevé. Il faudrait par une étude très poussée de l'irrigation artérielle, à l'aide d'une méthode colorante, s'assurer de la fréquence de telles anastomoses pour pouvoir arriver à une conclusion valable.

Mais déjà apparaît un côté de la question que nous avons dessein de discuter ici : c'est le rôle de l'utérus sur le mécanisme du fonctionnement ovarien. Rappelons à ce sujet les expériences de Kuss.

Sur une première série de rates, K... enlève l'utérus sans prendre soin de respecter au maximum le système circulatoire de l'ovaire conservé. Le résultat fut constant : l'ovaire resté en place présentera des signes évidents d'altération.

Sur une seconde série de rates, K... conserve les deux ovaires mais enlève la moitié de l'utérus. Dans ces conditions l'ovaire correspondant à la moitié de l'utérus enlevé est le siège d'un processus dégénératif que l'on ait ou non pris soin de respecter les vaisseaux de l'organe.

L'utérus serait donc nécessaire pour que l'ovaire puisse conserver son intégrité anatomique et physiologique.

Petit-Dutaillis écrivait dans un livre récent (1) :
« ovaire et utérus constituent un tout indissoluble

1. *Troubles fonctionnels et dystrophies à l'état chronique en gynécologie.*

au point de vue endocrinien. La suppression de l'un amène rapidement l'atrophie ou la dystrophie de l'autre. »

Quant à l'action intime de l'utérus sur le maintien de l'intégrité ovarienne, on est réduit à des hypothèses. Morris et Vogt (1924) concluent de leurs observations à une fonction active de l'endomètre dans la période intermenstruelle qui semble indispensable à la fonction propre de l'ovaire.

CHAPITRE III

CONDUITE A TENIR

Ainsi toute la chirurgie conservatrice dans les affections génitales internes de la femme repose sur cette loi physiologique de l'interdépendance fonctionnelle de l'utérus et des ovaires. Est-il possible dans l'immense majorité des cas que les chirurgiens sont appelés à traiter opératoirement d'arriver à une technique permettant de guérir les malades sans les priver d'une fonction aussi essentielle pour l'organisme que la fonction ovarienne ?

Deux cas sont envisager au moment de traiter cette question :

Ou bien, l'hystérectomie est imposée par des lésions de salpingite aiguë, subaiguë ou chronique.

Ou bien, l'hystérectomie est commandée par le développement d'un fibrome.

Ces deux cas sont essentiellement différents dans la pratique journalière.

Prenons d'abord le premier cas. Une remarque s'impose c'est qu'on opère de moins en moins de salpingo-ovarite.

Ces fameux pyosalpinx que l'on traitait autrefois, il y a vingt cinq ans environ, chirurgicalement, sont aujourd'hui curables, grâce à la vaccinothérapie, la question est entrée dans le domaine médical, c'est-

à-dire qu'elle est liée aux méthodes biochimiques. Nous avons pu dans le service du D^r Desmarest nous convaincre des résultats vraiment remarquables obtenus par trois piqûres de propidon au début de salpingo-ovarites aiguës. Nous pourrions en rapporter ici de nombreuses observations, si ce sujet rentrait dans le cadre de notre étude. Nous le signalons pour insister sur le fait essentiel que les lésions salpingiennes aiguës sont curables pour qui ne veut pas se laisser aveugler par l'idée fausse que « hors du bistouri, point de salut ».

Restent donc les salpingites subaiguës et les salpingites chroniques.

Une première étude serait à poursuivre que nous n'avons pas eu le temps, dans ce travail, de faire aussi précise que nous l'aurions désiré. C'est celle de l'état des ovaires dans les lésions salpingiennes. M. Desmarest qui a bien voulu nous guider et nous permettre de nous retrancher derrière son expérience, nous affirme que les lésions ovariennes sont relativement rares. Dans un travail de son élève Cvitanovitch(1) sur les salpingo-ovarites unilatérales il a fait établir cette dualité des lésions : infection ascendante de l'utérus et salpingite bilatérale dont le type est la gonococcie ; infection de la paroi utérine, lymphangite et abcès de l'ovaire dont le type est l'ovarite aiguë postabortum sans lésions tubaires. Cette division pour, un peu schématique qu'elle soit garde en pratique sa valeur. Elle nous conduit à

1. Gyn. et obstétrique, t. XV, n° 6, juin 1927, p. 409-413.

admettre que dans 50 à 60 % des cas, les ovaires dans les salpingites sont à peu près normaux et qu'il ne faut pas se laisser aller à les sacrifier délibérément sans examen préalable.

Reste encore la question de l'utérus.

1^o L'organe est nettement malade. C'est un utérus lourd, un peu mou avec aspect parqueté que lui donnent les plaques blanchâtres et rouges qui sont liées soit à une altération du muscle, soit à des lésions de péritonite chronique.

Dans ces cas, il ne faut jamais hésiter à recourir à l'hystérectomie fundique étudiée par le Professeur Lecène et par ses élèves. C'est une opération qui donne d'excellents résultats et qui permet de sacrifier partiellement un organe malade et de conserver soit une trompe et un ovaire, soit les deux ovaires reconnus sains.

2^o L'utérus est normal ou sensiblement normal; il doit être respecté et le sacrifice ne portera que sur les trompes, en conservant les ovaires reconnus en bon état.

Il va sans dire que si les ovaires sont nettement altérés leur ablation s'impose et l'hystérectomie isthmique reprend ici ses droits.

* * *

Dans les fibromes utérins, la question de la chirurgie conservatrice nous apparaît comme d'une importance capitale.

Nous n'hésitons pas à écrire, à notre tour, qu'on a sacrifié trop de trompes et d'ovaires sains pour guérir des malades de leurs fibromes. Tout fibrome qui saigne, qui grossit rapidement ou qui devient douloureux doit être enlevé, car nous ne voulons pas aborder ici l'importante question de la thérapeutique par les radiations. Il y aurait beaucoup à dire sur ce sujet et nous pourrions verser aux pièces du procès quelques observations qui montreraient les méfaits de cette méthode aveugle et empirique. Nous limitant à notre sujet, nous nous contenterons de montrer ce que peut et doit faire le chirurgien dans le traitement des fibromes.

Il est acquis que de plus en plus l'acte opératoire doit tendre à guérir la malade sans la mutiler. C'est le principe essentiel que nous voulons défendre ici. Il s'est d'ailleurs imposé de lui-même chez les jeunes femmes atteintes de fibromatose utérine. Chez elles, les chirurgiens ont craint les accidents de la ménopause chirurgicale. Ils se sont efforcés d'enlever le ou les fibromes sans sacrifier l'utérus et les annexes. Ce fut le premier pas dans la chirurgie conservatrice. Indiscutablement, elle a donné des résultats intéressants et en consultant les observations du service de M. Desmarest qui a recours d'une façon constante à cette technique depuis quinze ans, nous avons pu en étudier les avantages et les désavantages.

Les avantages physiologiques tiennent essentiellement à la minime mutilation subie par l'organe

génital interne de la femme qui garde un utérus, des trompes et des ovaires en état de conservation.

Les désavantages sont de deux ordres : tout d'abord l'opération pour n'être pas sans gravité surtout dans le cas de myomectomies pour degros fibromes latéraux développés dans le segment inférieur de l'utérus. Les hémorragies secondaires sont à craindre, qui peuvent entraîner des désastres. Mais surtout la récurrence est fréquente dans les fibromes multiples.

C'est ainsi qu'une opérée chez laquelle M. Desmarest enleva il y a un an, 22 fibromes de taille et de volume variables présente déjà un utérus bosselé dans lequel se développent de nouveaux corps fibreux. Les observations de récurrence sont mêmes si fréquentes que certains chirurgiens ont cru devoir renoncer à la méthode conservatrice pour éviter à leurs opérées une nouvelle opération.

Est-ce à dire que dans ces cas il faille, parce que l'on enlève un utérus bourré de fibromes, sacrifier les trompes et les ovaires sains ?

M. Desmarest, convaincu de l'importance des troubles d'anovarie en a conclu à la nécessité impérieuse de ne jamais enlever comme il l'a fait autrefois, des ovaires sains. Il s'est donc appliqué à étendre les limites de l'hystérectomie fundique. Il est toujours ou presque toujours possible de garder un segment sus-isthmique d'utérus et de reconstituer un petit utérus. C'est affaire de technique.

Voici celle que nous avons vu employer :

1^{er} temps : taille d'un large lambeau péritonéal antérieur.

2^e temps : pose d'une pince sur l'attache des ligaments ronds au ras de leur insertion utérine et section du ligament qui est détaché avec le lambeau péritonéal.

3^e temps : les trompes sont sectionnées au ras de l'utérus.

4^e temps : pose de pinces sur les utérines au-dessus de l'isthme utérin et taille de l'utérus de haut en bas et d'avant en arrière pour détacher une sorte de valve antérieure.

5^e temps : taille d'une sorte de valve postérieure.

6^e temps : reconstitution de l'utérus plan par plan et au niveau des angles ou des côtés du petit utérus, les extrémités des ligaments ronds et des trompes sont fixées.

7^e temps : le large lambeau péritonéal est rabattu et suturé en arrière au péritoine postérieur, faisant de l'utérus un organe pelvien totalement sous-péritonéal.

Il n'est pas besoin de dire que cette technique ne vas pas sans les ennuis d'un abondant saignement au moment de la section des tranches utérines. On est loin des belles hystérectomies exécutées en 20 à 30 minutes. Il faut s'appliquer à refaire un petit utérus et ainsi à se mettre dans les conditions optima pour assurer aux annexes cette synergie fonctionnelle qui semble avoir été reconnue essentielle du point de vue expérimental.

Grâce à cette technique, il est possible, sans ennui pour la malade, de supprimer un fibrome et de garder des ovaires et des trompes sains. Ainsi se trouve réalisé le but essentiel de toute bonne chirurgie : *guérir sans mutiler*.

Aussi bien une telle manière de faire semble tellement supérieure à la myomectomie parce qu'elle met à l'abri des opérations secondaires. Toutefois chacune des deux méthodes gardera ses indications et seul l'opérateur peut discerner celle qui semble devoir être préférée, au moment où il achève d'extérioriser le fibrome et les annexes.

Qu'on nous permette d'insister sur ce point, c'est que les ovaires un peu gros, aplatis et étalés qu'on rencontre souvent chez les femmes ayant un fibrome, sont des ovaires fonctionnellement et histologiquement normaux. Il n'y a pas de corrélation entre la morphologie et la fonction de l'organe. Nos coupes et nos observations appuient d'une manière irréfutable nos conclusions.

Parmi nos observations nous en citerons seulement deux qui nous ont paru typiques :

OBSERVATION I

Mme W..., 29 ans, opérée en octobre 1924.

Fibrome du volume d'une grosse tête de fœtus. Hystérectomie sus-isthmique. Conservation des trompes et des ovaires.

Revue le 1^{er} décembre 1929. Aucun trouble depuis son opération, la malade a gardé une excellente santé générale.

Pendant 3 ans les règles ont continué durant trois jours. Depuis 2 ans, règles moins abondantes, le sang n'apparaît que pendant une journée et en petite quantité. Cependant la malade ne ressent aucun trouble sympathique.

Examen local : aucune douleur, les ovaires ne sont pas décelables au toucher.

OBSERVATION II

Mme S..., 33 ans, opérée en octobre 1924.

Malade opérée pour un gros utérus douloureux déterminant des hémorragies qui font porter le diagnostic de fibrome.

Hystérectomie partielle permettant de garder le 1/3 inférieur de l'organe. Conservation des trompes et des ovaires.

La malade revue en octobre 1929, n'a jamais souffert dans la région pelvienne. Ses règles depuis l'opération ont duré de 2 à 3 jours, peu abondantes, non douloureuses. Elle présente depuis cette année quelques bouffées de chaleur mais tout à fait supportables, et quelques palpitations.

Examen local : petit utérus ; on ne sent pas les ovaires.

* * *

Il nous faut en quelques mots, envisager les moyens thérapeutiques dont nous disposons dans les cas où les lésions des annexes n'ont pas permis leur conservation. Bien loin est le temps où on se contentait après une hystérectomie d'affirmer à la malade qui se plaignait de troubles d'anovarie, qu'il fallait supporter ce qui était la rançon de sa guérison. Très vite, la physiologie s'attacha à

l'étude d'un problème dont les données expérimentales lui étaient fournies par des centaines d'opérations, qui toutes avaient la valeur d'une expérience. C'est de ces études biologiques que naquit l'opothérapie ovarienne. Nous ne voulons pas nous étendre sur ce chapitre, mais force nous est de rappeler que très vite on s'aperçut de l'inutilité de l'opothérapie ovarienne seule. Très vite aussi les biologistes établirent la loi des synergies fonctionnelles entre les glandes endocrines. L'équilibre organique rompu par l'ablation des ovaires entraîne des désordres plus ou moins grands et nous avons cliniquement montré la part qui semble revenir à la thyroïde, à la surrénale, à l'hypophyse dans les troubles observés. Il fallut donc essayer de fournir à l'organisme des extraits glandulaires multiples pour tenter de régulariser le fonctionnement des autres glandes. La méthode d'opothérapie pluri-glandulaire est celle employée par tous les chirurgiens, mais beaucoup se contentent encore d'administrer par la bouche, les extraits glandulaires. Si, dans quelques cas, cette médication per os a pu donner des résultats, on peut sans hésiter affirmer qu'ils sont rares.

C'est à l'administration par voie sous-cutanée en injections hypodermiques, qu'il faut avoir recours. Plus efficace serait la voie intra-veineuse à laquelle sans aucun doute on recourra plus tard, quand la mise au point de cette question sera définitivement établie, mais déjà par la voie hypodermique les résultats sont souvent des plus intéressants.

CONCLUSIONS

1° Il est un fait acquis c'est la constance des troubles généraux de l'organisme liés à l'ablation des ovaires au cours des hystérectomies ;

2° Il est un grand nombre de femmes chez qui ces troubles endocriniens présentent une importance considérable, soit qu'ils revêtent l'aspect pseudo-myxœdémateux, soit qu'au contraire ils prennent la forme clinique d'un pseudo-basedow ;

3° La fréquence et l'importance des troubles liés à la castration chirurgicale au cours des hystérectomies ont conduit les chirurgiens à chercher le moyen de les éviter, de là sont sortis :

a) Les essais de greffes ovariennes qui n'ont donné aucun résultat satisfaisant.

b) Les conservations d'un seul ovaire au cours de l'hystérectomie qui trop souvent ont abouti à la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire laissé en place et à la nécessité d'une opération itérative pour enlever l'ovaire douloureux.

c) La conservation des annexes d'un côté lorsqu'on est appelé à enlever l'utérus et les annexes du côté opposé.

d) L'hystérectomie fundique avec conservation des ovaires.

4^o Pour nous la question doit être envisagée dans un double cas :

A) Dans les opérations pour salpingite subaiguë ou chronique si les ovaires sont sains (cas fréquent) il faut sacrifier les trompes et garder les ovaires sains.

Si l'utérus est malade, il faut recourir à l'hystérectomie fundique avec salpingectomie bilatérale et conservation des ovaires.

L'hystérectomie isthmique classique dite subtotale doit devenir une opération rare.

B) Dans les opérations pour fibromes utérins, nous affirmons qu'il est du devoir du chirurgien de ne jamais sacrifier les trompes et les ovaires sains. Nous préconisons une technique dérivée de la fundique dans laquelle nous enlevons l'utérus et les fibromes en gardant le plus possible du corps utérin qu'on reconstitue, laissant ainsi aux opérées un petit corps utérin, leurs deux trompes et leurs deux ovaires. Cette technique doit être selon nous préférée dans beaucoup de cas à la myomectomie, opération rationnelle sans doute mais qui trop souvent conduit à une opération itérative commandée par le développement de nouveaux fibromes.

Nous concluons que l'hystérectomie isthmique classique dite subtotale doit devenir une opération d'exception, indiquée seulement dans le cas de fibrome avec double lésion salpingienne.

C) Lorsque le chirurgien aura été contraint de pratiquer une castration bilatérale, il devra combattre les troubles de la ménopause post-opératoire

par une médication endocrinienne instituée sous le contrôle du médecin. La voie hypodermique est la seule voie qui permette d'obtenir des résultats réels. Le traitement doit être poursuivi pendant de longs mois et même pendant des années.

Vu : le Président de la thèse,
CUNÉO.

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

